ÉTUDE CLINIQUE ET CRITIQUE

SUR

QUELQUES ULCÉRATIONS SPÉCIFIQUES DE L'AINE

ET EN PARTICULIER SUR LE

BUBON D'EMBLÉE

PAR

CHARLES MAURIAC

Médecin de l'hôpital du Midi,
Lauréat de l'Institut et de l'Académie de médecine.

PARIS

V. ADRIEN DELAHAYE ET Cie, LIBRAIRES-ÉDITEURS

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

—

1880

ÉTUDE CLINIQUE ET CRITIQUE

SUR

QUELQUES ULCÉRATIONS SPÉCIFIQUES DE L'AINE

ET EN PARTICULIER SUR LE

BUBON D'EMBLÉE

Parmi les adénopathies inguinales spécifiques, celle qu'on a désignée sous le nom de bubon d'emblée avait le privilège d'occuper, il y a trente ou quarante ans, une place considérable dans la pathologie des maladies vénériennes.

Comme le chancre, c'était une espèce de champ clos où se donnaient rendez-vous les doctrines contraires. Là, souvent elles combattirent avec cette ardeur et même cette âpreté de polémique, un peu trop à la mode alors dans les discussions médicales.

Et pourquoi ces controverses, ces subtilités théoriques? N'aurait-il pas mieux valu quelques faits, un seul, si l'on veut, précis, complet, ne laissant aucune prise à la critique et réunissant toutes les conditions d'exactitude, toutes les garanties d'authenticité qu'une clinique sévère est en droit d'exiger, surtout quand il s'agit d'un évènement pathologique aussi rare, aussi extraordinaire que le bubon d'emblée, de l'aveu même de ses partisans.

Qu'arriva-t-il? C'est que, de guerre lasse, on finit par ne plus s'occuper de cette étrange adénopathie. Il y eut une sorte de trêve imposée par l'ennui, la lassitude et l'impossibilité de s'entendre.

Pouvait-on dire que la question du bubon d'emblée fût résolue? Non. L'a-t-elle été depuis? C'est ce que nous verrons.

Toujours est-il qu'elle avait bien vieilli. Elle était tellement surannée qu'on ne s'en occupait plus. Il était temps que quelques faits vinssent la ranimer. C'est ce qui a eu lieu dans ces derniers temps.

Les partisans du bubon d'emblée ont repris de l'espoir; quelques incrédules se sont convertis.

Peut-être ne sera-t-il pas sans intérêt de reprendre ce sujet. Nous y trouverons au moins un prétexte pour étudier certaines variétés d'adénopathies inguinales peu connues.

Le bubon d'emblée est une adénite virulente qui devient chancreuse et se développe, bien que le chancre simple qui la précède ne se soit pas produit dans la région d'où naissent les lymphatiques aboutissant au ganglion malade. Cette adénite implique donc l'absorption du pus virulent sur le point contaminé et son transport jusqu'à la glande, sans l'intermédiaire d'une lésion ou solution de continuité appréciable, soit de la muqueuse ou de la peau, soit des lymphatiques.

J'ai observé une grande quantité d'adénites virulentes; mais je commence par déclarer que je n'en ai jamais vu aucune de cette nature survenir dans les conditions que je viens d'indiquer. Quelques adénopathies ulcéreuses se présentent cependant quelquefois avec des apparences qui pourraient induire en erreur et les faire prendre pour des bubons d'emblée. Ces cas de pseudo-bubons d'emblée sont intéressants à étudier, et je vais en rapporter quelques-uns.

PREMIÈRE PARTIE

SECTION Ire

Cas d'ulcérations syphilitiques de la région inguinale pouvant simuler le bubon d'emblée.

I

Obs. I. — Ch. D..., âgé de trente-huit-ans, entra, en novembre 1874, dans mon service à l'hôpital du Midi pour se faire soigner d'une vaste ulcération de l'aine droite qui mesurait 10 cent. de longueur et 7 ou 8 de largeur. Elle était irrégulière, à bords épais, décollée et taillée à pic, à fond inégal, grisâtre et putride. Elle suppurait abondamment et présentait la physionomie d'un chancre serpigineux.

Depuis plusieurs mois, cet homme fréquentait souvent différentes femmes suspectes et il avait eu la chance de ne contracter ni chancre ni blennorrhagie. Toutefois, au commencement d'octobre de la même année, il commença à éprouver de la gêne, puis de la douleur dans l'aine droite, et il ne tarda pas à découvrir dans cette région une grosseur qui devint rapidement volumineuse, rouge, molle, et s'ouvrit spontanément au bout de huit ou dix jours. Il en sortit une matière jaune, épaisse, et une vaste ulcération succéda à la tumeur. Comme elle s'agrandissait sans cesse et n'avait aucune tendance à se cicatriser, le malade se décida à venir se faire soigner par moi, le 6 novembre, convaincu qu'il avait une affection vénérienne contractée tout récemment. Elle remontait environ à vingt-cinq ou trente jours avant son entrée.

Il affirmait de la manière la plus positive qu'il ne s'était produit aucune ulcération sur les parties génitales. Elles furent explorées, ainsi que les régions voisines, avec la plus scrupuleuse attention,

et on n'y découvrit aucune lésion, aucun vestige ayant pu servir de point de départ à l'adénopathie inguinale. Il existait bien sur le gland une perte de substance du méat à droite, au voisinage du frein, mais elle provenait d'un chancre que le malade avait contracté en 1867. Ni avant cette époque, ni depuis, le malade n'avait eu aucune maladie vénérienne. Sa santé générale avait toujours été bonne. On ne découvrait dans ses antécédents aucune trace de maladie constitutionnelle, héréditaire ou acquise.

Le chancre en question n'était apparu, disait-il, que quinze jours ou trois semaines après le dernier coït. Il avait été ulcéreux, rongeant, et s'était cicatrisé au bout d'un mois et demi sans complication de bubon suppuré.

Du reste, pas de manifestations syphilitiques sur la peau, sur les muqueuses ou ailleurs. Jamais de maux de gorge ni de croûtes dans les cheveux, ni d'ulcérations sur la langue ou les lèvres, etc. Aussi, pas de traitement hydrargyrique ou ioduré.

Depuis le milieu de l'année 1867 jusqu'au mois d'octobre 1874, la santé de cet homme avait toujours été excellente et aucun indice n'avait fait soupçonner chez lui l'existence de la syphilis.

II

L'ulcération phagédénique de l'aine ressemblait d'une manière si frappante aux chancres qui succèdent aux bubons virulents, que je lui attribuai ce caractère. Je supposai que la chancrelle initiale avait existé, mais qu'elle était petite, qu'elle avait échappé à l'attention du malade et s'était cicatrisée avant son entrée à l'hôpital.

Je voyais dans ce cas l'exemple frappant de ce qu'on a pris sans doute bien souvent pour des bubons d'emblée.

Je prescrivis d'inoculer la plaie, puis de la cautériser. Malheureusement on la cautérisa d'abord et on l'inocula ensuite. Le résultat de l'inoculation fut négatif. Mais cela ne pouvait-il pas tenir à la destruction par le caustique du principe virulent ?

Je soumis le malade à un traitement ferrugineux, et j'employai comme topiques plusieurs agents parmi lesquels la solution ferricopotassique occupait la première place. La cicatrisation n'eut lieu qu'au bout d'un mois.

Parmi les accidents que produisit cette ulcération, je noterai des douleurs irradiantes très-vives se propageant dans l'aine et dans la cuisse et une rétraction de la jambe sur la cuisse qui dura

quinze jours et disparut peu à peu à mesure que l'ulcération se cicatrisait.

La cicatrice, résultant de cette vaste perte de substance, avait 4 centimètres de longueur et un centimètre à sa partie moyenne.

Depuis le 30 novembre, jour de sa sortie, jusqu'à la fin de janvier 1875, il n'eut aucun accident, soit du côté des organes génitaux, soit sur d'autres parties du corps. Il reprit ses rapports avec des femmes suspectes qui ne lui communiquèrent ni chancre ni blennorrhagie.

III

Cependant, vers la fin de janvier, la partie interne de la cicatrice susindiquée s'ulcéra, et, au bout de quelques jours, le scrotum du même côté devint rouge, tuméfié et douloureux. Le malade rentra dans mon service le 12 février.

Outre l'ulcération principale de la partie interne de l'aine, il en existait deux ou trois autres plus petites, profondes comme elle, taillées à pic, irrégulières et très-suppurantes. On aurait pu les prendre pour des chancres d'inoculation. Toute la moitié droite des bourses était occupée par une tumeur inflammatoire et fluctuante qui ne tarda pas à s'ouvrir et qui se convertit aussitôt en une vaste ulcération qui prit bientôt l'aspect d'une ulcération phagédénique.

Cette fois, plusieurs inoculations furent pratiquées avec tout le soin possible à des intervalles de quelques jours, et elles furent toutes négatives. Dès lors il n'était pas douteux que ces nouvelles lésions n'avaient en elles rien de la virulence du chancre simple. Le processus, du reste, n'avait point été semblable à celui de la première ulcération inguinale, puisqu'il n'y avait pas eu de bubon préalable.

Néanmoins, en voyant cette succession de phénomènes ulcéreux dans une même région si exposée à être contaminée, n'était-il pas naturel de supposer *à priori* qu'ils résultaient de l'inoculation ou de l'absorption de produits morbides dont l'origine remontait à un chancre simple inaperçu et rapidement guéri ?

Le résultat catégoriquement négatif de l'inoculation artificielle rendait maintenant cette hypothèse inadmissible.

L'idée me vint alors que ces mêmes phénomènes pourraient

bien être la conséquence d'un chancre contracté en 1867, quoiqu'il fût étrange au premier abord que l'action du virus syphilitique, restée absolument latente pendant sept ou huit ans, se concentrât sur une région aussi limitée, sans s'être manifestée en aucun temps sur tout autre point de l'organisme.

Quelques circonstances nouvelles ne tardèrent pas à justifier cette manière de voir. Ainsi, autour de la vaste ulcération du scrotum et des deux ou trois autres ulcérations inguinales à caractère phagédénique, il se produisit des cercles et des demi-cercles très-étroits d'ulcérations superficielles, caractéristiques de certaines syphilides ulcéreuses et tout à fait incompatibles avec l'irrégularité de contours propre aux chancres simples.

Il était remarquable, du reste, que ces ulcérations, malgré les toniques internes et les traitements locaux multipliés et variés, restaient à peu près stationnaires.

Convaincu, dès lors, qu'il s'agissait d'une manifestation tardive de la syphilis sur les organes génitaux, j'instituai un traitement spécifique composé de sirop de bi-iodure ioduré et d'iodure de potassium. Les ulcérations étaient alors en pleine activité et ne montraient aucune tendance à la guérison. Je fis cesser toute espèce de traitement local afin de laisser au traitement spécifique seul la responsabilité des résultats ultérieurs.

IV

Ces résultats ne se firent pas longtemps attendre. Il se produisit, en effet, presque à vue d'œil, un changement profond dans l'aspect des parties malades : leurs bords s'affaissèrent, leur fond se releva et se combla ; la suppuration devint de moins en moins abondante et sur plusieurs points se formèrent des bourgeons charnus de bonne nature. Au bout de quinze jours, les trois quarts de l'ulcération scrotale étaient cicatrisés, et, au bout de vingt-cinq jours, la cicatrisation était à peu près complète.

Mais, chose curieuse, en même temps que le processus de la guérison marchait si rapidement, sous l'influence de deux cuillerées à bouche de sirop de bi-iodure et de 3 grammes d'iodure administré quotidiennement, il se produisait une ulcération nouvelle sur le pubis. Elle fut très-inflammatoire, creusée à pic, irrégulière, douloureuse, à suppuration abondante, à concrétions pultacées et tout

à fait semblable d'aspect à un chancre simple, mais non inoculable. Évidemment c'était une ulcération syphilitique comme celle qui l'avait précédée. Et pourtant le traitement spécifique ne l'avait empêché ni de naître ni de suivre imperturbablement son processus phagédénique. Il fallut en venir à des pansements et augmenter les doses de l'hydrargyre et de l'iodure. Après plusieurs mois, le malade finit par guérir.

Je le voyais souvent, et jamais je n'ai pu constater chez lui, en dehors de la sphère des organes génitaux, aucune autre manifestation syphilitique.

Les lésions inguino-génitales étaient donc survenues dans des conditions telles qu'on aurait pu les prendre, si on n'y eût pas prêté quelque attention, pour des ulcérations virulentes symptomatiques d'un chancre simple larvé. La première surtout avait, comme mode d'origine et comme processus, les apparences d'un bubon d'emblée, puisqu'elle avait débuté, sans chancre préalable et après plusieurs coïts suspects, par une tumeur inflammatoire de l'aine, rapidement purulente et suivie d'une vaste ulcération phagédénique. Et plus tard l'abcès scrotal, devenu lui aussi ulcéreux et phagédénique, ne ressemblait-il pas à certains abcès chancreux de la même région?

Mais les inoculations furent toujours négatives, et l'hypothèse de la syphilis, pour expliquer ces ulcérations génitales, quoique les antécédents fussent muets à son égard, se trouva justifiée, d'abord par l'impossibilité de trouver une autre cause et surtout par les résultats du traitement spécifique et l'apparition de quelques syphilides circinées autour des lésions principales.

I

Obs. II. — M. D..., âgé de trente-quatre ans, contracta une blennorrhagie violente à la fin de mars 1877, et, vers le 19 janvier 1878, il lui survint, sans autre cause appréciable et spontanément, un gonflement douloureux un peu au-dessous du pli de l'aine droite, à la partie supérieure du triangle de Scarpa, c'est-à-dire en un point où ne se produisent pas d'ordinaire les adénites symptomatiques de l'inflammation uréthrale. Du reste la tumeur ne suivit pas le même processus que ces adénites, car elle augmenta progressivement de volume jusqu'à atteindre celui d'un œuf,

devint rouge, douloureuse, se ramollit à son centre, puis dans toute son étendue, et s'ouvrit dans les premiers jours de février.

Il en sortit une grande quantité de pus, sans aucun soulagement pour le malade, car l'ouverture s'agrandit rapidement de jour en jour, si bien que la tumeur fut bientôt convertie en une vaste ulcération, profonde, déchiquetée, avec des bords taillés à pic, décollés et des anfractuosités fouguenses au-dessous d'eux.

Quand ce malade entra dans mon service, le 19 mars 1878, cette ulcération inguinale durait depuis plus d'un mois. Malgré la gêne et la douleur qu'elle lui causait, il avait pu continuer son travail jusqu'à la fin de février. Il l'avait cessé depuis les premiers jours de mars.

Il m'affirma qu'il examinait ses parties génitales avec la plus grande attention, surtout depuis sa blennorrhagie qu'il traitait par des injections, et qu'à aucun moment, depuis le dernier coït, il n'avait vu la moindre ulcération ou écorchure sur le gland, la verge, les bourses ou les régions adjacentes. L'anus non plus n'avait pas été malade, et il n'avait eu aucun bouton ou furoncle sur l'extrémité inférieure correspondante. J'explorai minutieusement toutes ces parties et je n'y découvris l'existence actuelle ou les vestiges d'aucune lésion ayant pu produire l'ulcération inguinale.

Comme il n'était pas possible de l'attribuer à la blennorrhagie, il fallait bien admettre qu'elle s'était établie dans les mêmes conditions qu'un bubon d'emblée, c'est-à-dire sans chancre préalable.

Il s'agissait de déterminer sa nature. Le liquide séro-purulent qui s'en écoulait avec abondance fut soigneusement inoculé à plusieurs reprises sans donner aucun résultat.

Voici quels étaient les caractères du pseudo-chancre inguinal le 21 mars (septième ou huitième semaine de l'affection) :

Il occupait la base du triangle de Scarpa et son bord supérieur se trouvait à deux centimètres au-dessous du pli inguinal. De forme oblongue dans le sens de ce pli, il mesurait 5 centimètres de longueur sur 3 de largeur et 2 de profondeur. Les bords étaient taillés à pic et anfractueux, et on voyait dans le fond des excavations en pleine activité ulcéreuse, tandis que sur d'autres points, au contraire, il y avait un commencement de réparation. C'était en bas que se manifestait cette tendance, tandis qu'en haut le caractère phagédénique était très-accusé. La sécrétion qui se faisait encore sur toute la surface, mais principalement dans sa zone phagédénique, était séreuse plutôt que purulente et elle pro-

duisait sur le linge des taches grises, homogènes, avec un liséré noir périphérique, semblable à des taches de sperme. Le fond n'était pas vermoulu comme dans le chancre simple, mais plutôt d'un rouge foncé avec une certaine transparence. Il existait tout autour un empâtement mal circonscrit et dur. Élancements douloureux et grande gêne pour la marche.

Aucune adénopathie ni dans les aines ni sur d'autres parties du corps. Aucune trace d'éruption. Bonne santé à tous égards. Blennorrhagie purulente, mais peu inflammatoire actuellement. Aucune manifestation syphilitique.

II

C'est cependant à cette maladie constitutionnelle que je rattachai l'affection ingnino-crurale, et je le fis sans hésitation, même avant d'en avoir infructueusement inoculé le muco-pus. Je vis là un exemple de grosse tumeur gommeuse des ganglions, simulant une adénite sub-inflammatoire avant de s'ouvrir, et un chancre plus ou moins phagédénique après avoir évacué son contenu.

Je crois que la blennorrhagie n'avait pris aucune part à son étiologie, même comme cause excitante. Il n'en était pas moins bizarre que cette gomme fût survenue quelques jours après elle et à la suite d'un coït plus que suspect. N'y avait-il pas là un concours de circonstances propre à faire supposer qu'il s'agissait d'un bubon d'emblée ? C'est ce qu'on n'aurait pas manqué de faire avant qu'il fût d'usage de recourir à l'inoculation comme moyen de diagnostic.

Le malade avait contracté, en 1872, un chancre balanique qui avait laissé une cicatrice déprimée et était survenu quinze jours après le dernier coït. Il ne s'était point compliqué de bubon. Deux mois après le chancre, taches sur le corps, boutons sur le front, croûtes dans les cheveux, plaques muqueuses à la bouche et à l'anus. Traitement par le mercure et l'iodure de potassium. Ces premières manifestations durèrent trois ou quatre mois. Il ne s'en est pas reproduit depuis. Le traitement n'a pas été poursuivi au-delà des accidents, et, depuis la fin de 1872, il n'a plus été question de syphilis pour ce malade.

Je prescrivis un traitement composé de bi-iodure ioduré et d'iodure. On pansa l'ulcération avec du cérat simple. L'action curative des spécifiques ne tarda pas à se montrer; leur premier

effet fut de diminuer, de faire disparaître les phénomènes inflammatoires et d'arrêter le phagédénisme ; le second, de combler les anfractuosités du fond, d'affaisser et d'amincir les bords, d'élever et de régulariser la base ; le troisième, d'amener la cicatrisation qui était à peu près complète vingt-trois jours après qu'on eut commencé à administrer les spécifiques.

Comme exemple des déterminations de la syphilis sur la région inguinale, je vais rapporter encore le cas suivant. Il eût été difficile sans doute de méconnaître ici la nature de la lésion, mais elle ressemblait tellement à certains bubons chancreux que je ne crois pas inutile de la décrire avec quelques détails.

I

Obs. III. — M... (Jean), âgé de cinquante-quatre ans, entré le 16 juin 1876, salle 7, lit 2, présentait dans chaque aine deux tumeurs symétriques, grosses à peu près comme un œuf, oblongues dans le sens du pli inguinal, rouges, fluctuantes dans toute leur étendue et semblables à deux vessies remplies de pus. A tous égards, leurs caractères physiques étaient identiques à ceux des bubons chancreux arrivés à leur pleine maturité et sur le point de s'ouvrir.

Il y avait environ trois semaines à un mois que le malade avait vu se former symétriquement dans les deux aines, vers le milieu du pli inguinal et un peu au-dessus de lui, deux grosseurs, assez indolentes au début, qui augmentèrent peu à peu de volume, restèrent ainsi pendant quelques jours, adhérèrent à la peau qui devint rouge, se ramollirent enfin et finirent par constituer deux poches liquides très-nettement circonscrites.

La verge, les bourses, les cuisses, le périnée, l'anus, aucune des régions dont les lymphatiques se rendent aux aines n'avait présenté une lésion quelconque, capable d'expliquer l'apparition de ces deux tumeurs.

Du reste, il y avait plus de six mois que le malade n'avait vu de femmes.

Il se portait habituellement bien. Il avait eu plusieurs blennorrhagies dans sa jeunesse, mais jamais de chancre. Marié et père

de quatre enfants bien portants, il était resté vingt ans sans aucune maladie vénérienne, lorsque dans le courant du mois de mai 1874 il contracta un écoulement qui ne dura, dit-il, que trois ou quatre jours et fut guéri par des injections. Il ne se produisit aucun chancre. Néanmoins, en janvier 1875, plaques muqueuses sur les bourses et dans la gorge. Il se fit traiter par moi à ma consultation de l'hôpital, et je lui prescrivis un traitement hydrargyrique. Un an après, en janvier 1876, il entra dans mon service pour des éruptions syphilitiques superficielles sur les muqueuses. Il en était guéri depuis février, lorsqu'à la fin de mai se produisirent les deux tumeurs inguinales (dix-huitième mois des premiers accidents syphilitiques).

II

Il était impossible de ne pas établir une corrélation entre cette syphilis et les tumeurs. Aussi je diagnostiquai : gommes des ganglions inguinaux. Ce qu'il y avait de remarquable en elles, c'était la régularité de leur conformation et leur parfaite symétrie. J'ai observé ce fait fréquemment dans les productions gommeuses. Aussi ai-je toujours été étonné de voir un observateur aussi perspicace que M. Hutchinson regarder l'asymétrie comme un caractère distinctif des lésions tertiaires.

J'essayai d'évacuer le contenu de ces tumeurs inguinales avec l'appareil aspirateur ; mais toutes les tentatives que je fis furent infructueuses. Plus tard, je fus obligé de les ouvrir à cause de l'amincissement de la peau qui compromettait sa vitalité sur de larges surfaces. Il en sortit une grande quantité de pus épais, exhalant une mauvaise odeur.

Une fois ouvertes, ces lésions ne manifestèrent aucune tendance à la cicatrisation. Au contraire, elles s'agrandirent et ne tardèrent pas à devenir phagédéniques. Les lambeaux de peau se couvrirent d'ulcération et se perforèrent sur plusieurs points ; on fut obligé de les exciser.

Les deux ulcérations phagédéniques des aines restèrent parfaitement symétriques. Elles mesuraient 6 ou 7 centimètres de longueur sur 3 ou 4 de largeur et 2 de profondeur. Leurs bords déchiquetés, irréguliers, taillés à pic, rappelaient ceux des ulcérations consécutives aux bubons chancreux. Leur fond était granuleux et pultacé. Elles suppuraient abondamment.

Pour compléter la ressemblance de ces lésions avec des chancres, il se produisit d'une part au pubis, d'autre part sur l'une des cuisses, deux pustules d'ecthyma simulant deux chancres d'inoculation.

J'inoculai plusieurs fois le pus des ulcérations phagédéniques ainsi que celui de ces pustules, sans obtenir aucun résultat. Évidemment ce virus chancrelleux n'était pour rien dans leur production.

Après avoir abandonné pendant quelque temps ces lésions à leur marche naturelle, je fis prendre de l'iodure de potassium à haute dose. L'amélioration étonnante obtenue en quelques jours par l'administration de ce spécifique aurait levé tous mes doutes sur la nature de l'affection, si j'en avais eu. Les surfaces ne tardèrent pas en effet à se déterger et la suppuration diminua rapidement. Les bords s'amincirent, le fond s'éleva, et au bout de dix ou quinze jours on vit se faire sur divers points un commencement de travail cicatriciel. Des pansements à l'iodoforme achevèrent la guérison commencée et continuée par les hautes doses d'iodure.

Les descriptions qu'on vient de lire me semblent avoir une importance clinique qui dépend tout à la fois de la rareté de ces ulcérations inguinales et de la manière dont elles sont survenues.

SECTION II

Considérations cliniques sur le phagédénisme syphilitique des aînes.

I

Il n'est pas douteux que les localisations de la syphilis dans les régions des aines sont exceptionnelles. On n'en trouve pas beaucoup d'exemples dans les recueils scientifiques. M. le professeur Verneuil a publié en 1871 un remarquable mémoire sur les tumeurs gommeuses de la région inguinale. Il relate dans les plus grands détails l'histoire d'un malade qui, à la suite de la nécrose du calcanéum ayant nécessité l'amputation de la jambe, vit se former une tumeur au pli de l'aine correspondante. Cette tumeur se ramollit, puis se vida et devint le siège d'une ulcération envahissante qui dénuda l'artère fémorale. Une fissure du vaisseau se produisit, et elle entraîna une hémorrhagie mortelle. Ce malade était atteint d'une syphilis dont les débuts assez obscurs remontaient à une époque extrêmement éloignée ; il portait sur le corps des traces de syphilides ulcéreuses et des cicatrices déprimées, consécutives à des nécroses.

Il est facile de voir, par la simple énumération des principales circonstances de ce fait, qu'il ne présente avec les nôtres qu'une ressemblance éloignée. Mais, à cette époque, M. Verneuil répétait, au sujet des gommes inguinales, ce qu'il avait déjà dit dans son excellent article *Aine* du *Dictionnaire encyclopédique*.

« J'ai consacré jadis, dit le savant professeur, un court chapitre aux tumeurs gommeuses du pli de l'aine. Il en ressort que ces productions sont rares, qu'elles peuvent siéger dans le tissu cellulaire sous-cutané ou dans l'épaisseur du cordon spermatique, qu'elles se rencontrent à l'état solide ou à l'état d'ulcération, auquel cas *elles pourraient être confondues avec l'ulcère scrofuleux*

ou le bubon chancreux, dernière erreur que j'ai peut-être commise (1). »

« Je ne suis pas sûr, disait M. Verneuil, dans le *Dictionnaire encyclopédique*, de n'avoir pas pris des gommes ulcérées pour des chancres lymphatiques et ganglionnaires inguinaux. L'inoculation, que je regrette de n'avoir pas tentée, aurait levé les doutes qui me sont venus trop tard à l'esprit (2). »

II

Dans sa thèse sur la *Syphilis primitive* (Paris, 1853, p. 80), M. Sarrhos dit aussi que les tumeurs gommeuses inguinales sont très-rares; que M. Ricord, en 1853, n'en avait vu que trois cas, et il rapporte l'observation suivante dont voici le résumé :

Chancre induré en 1847, suivi de roséole, etc., et traité par M. Ricord; en 1849, testicule syphilitique gauche et en 1852 tumeur dans l'aine gauche, indolente malgré son grand volume, très-dure et sans changement de couleur à la peau. Elle perça au bout de trois semaines, sans douleur aucune. Pas de diathèse strumeuse, ouverture en boutonnière, à bords d'un rouge foncé, cavité de la grosseur d'une noix remplie dans son tiers inférieur d'une sorte de bourbillon, d'un blanc sale, jaunâtre; insensibilité du bourbillon qui se liquéfie peu à peu, etc. — M. Lebert reconnut dans cette tumeur les attributs du tissu gommeux.

Dans un très-bon travail de M. le docteur Campana (de Naples) sur les adénopathies syphilitiques (3), j'ai trouvé un beau cas de gomme ulcérée des aines. La malade, âgée de trente-sept ans, avait été contaminée par son mari onze ans auparavant. Au bout de quatre ans, gommes sur le tibia gauche; elles se ramollirent et se changèrent en ulcérations profondes qui mirent plus de deux ans à guérir malgré les médications les plus variées. Mais, après la guérison de la jambe, engorgement de la glande inguinale gauche, d'abord indolent, puis inflammatoire. Il s'ouvre au bout d'un

(1) *Arch. de méd.*, 1871, t. II, p. 399.

(2) *Dict. encyclop.*, t. III, article *Aine*.

(3) *Delle linfadenopatie sifilitiche del dottor Campana, Giornale italiano delle malattie veneree*, 1871, vol. 12, p. 98.

mois ; il en sort un liquide jaunâtre mêlé de pus. Quelque temps après, une seconde glande s'engorgea et s'ouvrit comme la première dans la même région, puis une troisième, et les ulcérations qui succédèrent à ces gommes devinrent phagédéniques. Plus tard pharyngopathie syphilitique ulcéreuse avec destruction de l'amygdale et du pilier postérieur droit, etc. Formation d'une gomme dans l'aine droite. Les ulcérations serpigineuses de l'aine gauche étaient à bords décollés, irréguliers, déchiquetés, à fond recouvert de détritus puriformes et d'une substance nécrosique de couleur blanc jaunâtre, épaisse et adhérente. L'iodure de potassium améliora rapidement l'état de la malade.

Dans ce cas, comme dans celui de M. Sarrhos et de M. Verneuil, il eût été difficile de prendre la lésion inguinale pour des bubons d'emblée. Le mode du processus, la présence de bourbillons sphacélés, la concomitance d'autres accidents syphilitiques, la physionomie générale de l'affection et son encadrement, mettaient tout de suite sur la voie du diagnostic.

Il faut bien que les gommes inguinales soient rares pour qu'on n'en trouve pas un seul exemple dans les 221 cas de syphilis tertiaire réunis par M. le docteur Jullien.

Dans les dix-huit volumes du *Giornale italiano delle malattie veneree et delle malattie della pelle*, si habilement dirigé par le savant docteur G.-B. Soresina (de Milan), je n'ai vu que l'observation ci-dessus du docteur Campana.

Mais peut-être cette rareté n'est-elle pas aussi grande que le ferait supposer la pénurie des documents. Ne tiendrait-elle pas aussi à ce qu'on a toujours méconnu la nature de l'affection et qu'on l'a prise, comme M. Verneuil avoue l'avoir fait, pour un bubon chancrelleux ?

III

J'ai dit que quelques circonstances exceptionnelles donnaient de l'importance à mes trois cas et surtout au premier. Parmi elles il y a des particularités de détail que le lecteur aura remarquées et sur lesquelles il est inutile d'insister. Mais il en est d'autres qui méritent de fixer un instant notre attention. C'est surtout dans l'observation première qu'on les rencontre.

Assurément cet homme était syphilitique depuis 1867, c'est-à-

dire depuis sept ans, quand se produisirent les lésions inguinales. Et pourtant la maladie constitutionnelle ne s'était révélée jusque-là par aucune manifestation. Elle était restée à l'état latent. Eh bien! rien n'est plus propre que cet état syphilitique latent, plus commun qu'on ne le croit, à faire commettre des erreurs de diagnostic. Il faut toujours s'en défier et se tenir sur ses gardes, surtout quand on se trouve en face d'une affection qui présente quelque chose d'insolite et qui peut se rattacher de près ou de loin à une maladie vénérienne.

N'était-ce pas le cas chez ce patient? L'ulcération inguinale ressemblait par son mode de développement et par sa physionomie à un bubon d'emblée. Mais l'hypothèse du bubon d'emblée est la dernière qu'on doive admettre, puisque cet accident est tellement extraordinaire que beaucoup de pathologistes contestent son existence. Il fallait donc penser à la syphilis, quoique aucune affection ancienne ou récente n'en révélât l'existence.

Qu'on ne se laisse pas abuser non plus, quand il s'agit du diagnostic de la syphilis, par sa circonscription très-limitée. J'ai observé, en effet, assez fréquemment cette espèce de préférence inexplicable et exclusive de la maladie constitutionnelle pour certains organes ou portions d'organes dans lesquels elle se confine. On l'y voit rester longtemps en permanence, tantôt sous une forme, tantôt sous une autre, le plus souvent sous la même, et, quand elle les quitte, c'est ordinairement pour les frapper de nouveau, à des intervalles plus ou moins éloignés.

Il y a dans ce fait une sorte d'*affinité topographique* dont il est bien difficile de pénétrer la cause. Quand ses effets se concentrent sur les organes génitaux et les parties voisines, on croit aisément à une lésion contractée récemment par contagion. Que d'erreurs de ce genre ont été commises! On y glisse d'autant mieux qu'on ne voit dans le passé du malade ou dans son état actuel la trace ou l'existence d'aucune autre manifestation se rattachant au processus syphilitique.

La répétition des mêmes actes morbides dans le même lieu et suivant le même mode pathologique, lorsqu'elle se produit à courte échéance, peut mettre sur la voie du diagnostic. C'est ce qui m'est arrivé pour mon premier malade.

Il est évident que le meilleur critérium nous est encore fourni par l'inoculation. On doit y recourir dans tous les cas où il reste un peu d'incertitude dans l'esprit. Elle est formellement indiquée

lorsqu'il s'agit d'une ulcération qu'on suppose provenir d'un bubon virulent.

Mais, ne fût-ce qu'au point de vue de l'art du diagnostic, il vaudrait mieux déduire la nature de l'affection des circonstances pathologiques qui président à sa formation, dirigent son processus et impriment un caractère spécifique à chacun de ses phénomènes. Ce serait là du bon déterminisme clinique. Il n'exclurait pas l'inoculation expérimentale; elle ne ferait alors que confirmer une vérité déjà connue, et on pourrait prédire avec certitude ses résultats positifs ou négatifs.

Un pareil diagnostic rationnel est-il toujours possible dans les affections qui nous occupent? Oui; mais il faudrait pour cela assister à leur début, préciser leur siège initial et suivre leur processus dans toutes ses phases. Ces pseudo-bubons d'emblée n'ont pas toujours leur point de départ dans les ganglions lymphatiques. Quelquefois ils procèdent de gommes situées dans la peau ou dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Quant à leur évolution, elle présente de grandes variétés. Rapide en général dans les syphilômes de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, elle est lente dans les adénopathies gommeuses, etc.

IV

Sans entrer dans plus de détails et en nous fondant sur ce qui précède, nous pouvons terminer la première partie de ce travail par les conclusions suivantes :

1° Il peut arriver que des syphilis latentes depuis l'accident primitif, et n'ayant jamais donné lieu à aucune manifestation, se déterminent tout à coup, et sans aucune cause appréciable sur la région des aines. Elles y font naître des syphilômes gommeux de la peau, du tissu cellulaire ou des ganglions, qui s'enflamment, se ramollissent et s'ouvrent avec la même rapidité que les adénites virulentes symptomatiques d'un chancre mou.

2° L'ulcération qui en résulte devient en général phagédénique et présente absolument le même aspect et les mêmes caractères physiques que l'ulcération chancrelleuse consécutive au bubon virulent.

3° L'absence de toute autre lésion ulcéreuse sur les organes génitaux ou dans la sphère des lymphatiques qui aboutissent aux ganglions inguinaux pourrait faire croire, au premier abord, à

l'existence de ce qu'on appelle le bubon d'emblée, surtout si le malade s'était exposé récemment à contracter des chancres ou une autre maladie vénérienne.

4° Quand il n'existe, comme cela arrive quelquefois, aucune trace de manifestation syphilitique ancienne, ou qu'on ne découvre aucun accident de la maladie constitutionnelle contemporain de la lésion inguinale, l'inoculation peut seule donner les éléments d'un diagnostic positif.

5° Si elle ne pouvait pas être faite dans le temps et les conditions qu'elle exige pour être probante, le traitement spécifique fournirait un second critérium pour juger la nature de l'affection inguinale.

6° Les pseudo-bubons d'emblée d'origine syphilitique ne s'inoculent pas, et ils guérissent rapidement quand on fait prendre au malade du mercure et surtout de l'iodure de potassium à hautes doses.

7° Le retour de la même affection dans l'aine, après la guérison d'une première attaque, a lieu quelquefois en vertu de certaines affinités topographiques de la syphilis qui circonscrivent exclusivement ses déterminations sur telles ou telles régions de l'organisme. Quand un fait pareil se produit dans la région inguinale, il doit faire soupçonner la nature diathésique de l'affection.

8° Parmi les adéno-syphiloses inguinales, quelques-unes ont un processus très-lent. Leur fonte amène la formation d'un bourbillon qui reste longtemps au fond de la plaie. Il n'est pas possible de les confondre avec les ulcérations inguinales procédant du virus chancrelleux.

DEUXIÈME PARTIE

SECTION Ire

Critique des observations de bubon d'emblée.

Lorsque je disais que la question du bubon d'emblée, depuis longtemps tombée dans l'oubli, avait été ressuscitée par quelques observations récentes, j'avais en vue celle qui a été publiée en 1873 dans *Lyon médical* par un jeune médecin fort distingué, M. Daniel Mollière, et une autre que fit paraître plus tard, dans les *Annales de Dermatologie*, un de nos maîtres en syphiliographie, M. le docteur Diday.

Le fait de M. D. Mollière donna lieu à une discussion pleine d'intérêt à la Société des sciences médicales de Lyon. C'est là que M. Diday, qui jusqu'alors n'avait pas cru au bubon d'emblée chancrelleux, déclara qu'il lui était impossible de le nier plus longtemps et qu'il s'inclinait maintenant devant l'évidence. Il accepta aussi comme des exemples de bubons d'emblée chancrelleux incontestables les observations VI et VIII de Beaumès (de Lyon) et celles de Gibert. D'autres membres persistèrent dans leur incrédulité, et M. Rodet, entre autres, combattit avec talent la doctrine du bubon d'emblée.

I

Je vais soumettre, sans aucun parti pris, les faits en question à un nouvel examen critique.

Je commencerai par celui de M. Daniel Mollière.

En voici le résumé : Un homme, âgé de vingt-quatre ans, a commercé avec une femme suspecte, sur les bords du Rhône, dans

les premiers jours d'octobre 1872. Immédiatement après le coït, il fait des ablutions prolongées sur les organes génitaux dans les eaux du fleuve. Comme il devait se marier prochainement, il examine avec le plus grand soin chaque jour les parties qu'il avait exposées à la contamination. Le 29 octobre, c'est-à-dire *plus de trois semaines après le coït*, ganglion inguinal dont le malade rapporte l'origine à un coup de tenaille. Ce ganglion devient rapidement phlegmoneux, et, huit jours après son début, c'est-à-dire le 6 novembre, le patient entre à l'Hôtel-Dieu.

On ouvre le bubon, on le panse avec des cataplasmes; mais, loin de se cicatriser, la plaie se convertit en ulcération, grandit peu à peu et suppure abondamment. Les bords sont durs et taillés à pic et toute la solution de continuité prend de plus en plus l'aspect chancreux.

On fait, le 14, deux inoculations sur la cuisse. Au bout de six jours, elles deviennent chancreuses.

Les organes génitaux étaient intacts. On ne parvint à découvrir aucun chancre ni sur eux, ni à l'anus, ni en aucun autre point. Le malade affirmait, d'autre part, que toutes les parties qu'on explora avec le plus grand soin étaient restées saines depuis la contamination.

Voilà donc une observation très-nette, très-catégorique et qui paraît présenter toutes les garanties que l'on peut souhaiter. Il est hors de doute que le malade a eu dans l'aine un bubon de nature chancreuse. Est-il aussi sûr qu'il ne s'était pas produit préalablement un petit chancre? C'est une objection qu'on peut toujours faire; mais il faut avouer qu'ici toutes les précautions ont été prises pour qu'il ne passât pas inaperçu. Il faudrait supposer qu'il s'était produit et qu'il avait parcouru toutes ses phases, à l'insu du malade, pendant les trois semaines qui se sont écoulées entre la contamination et l'apparition de l'adénite chancreuse. Ce qui est positif, c'est qu'il n'en existait aucune trace lorsque le malade est entré à l'hôpital.

« Les ablutions, dit M. Mollière, auxquelles mon malade s'est livré dans le Rhône, immédiatement après le coït, ont suffi pour préserver du chancre le gland et la verge. Il n'a pas pu vider ses vaisseaux lymphatiques et laver ses ganglions inguinaux. Voilà pourquoi il a eu un chancre ganglionnaire. »

Ce sont là, je le reconnais, des explications ingénieuses, et pourtant je ne puis pas considérer ce cas comme un exemple *irréprochable* de bubon d'emblée chancrelleux. J'en suis empêché par la

longueur de l'incubation, c'est-à-dire par cet intervalle de trois semaines qui s'est écoulé entre le moment de la contamination et les premiers symptômes de l'adénite.

Admettre cette incubation, ne serait-ce pas se heurter à une improbabilité pathologique et aller à l'encontre d'une vérité démontrée par la clinique et par l'expérimentation?

Ces globules de pus, chargés du principe virulent, qu'on suppose avoir pénétré sans effraction appréciable dans le réseau des lymphatiques, ont dû être emportés, en quelques minutes, par le courant de la lymphe, jusqu'au ganglion qu'ils devaient contagionner.

Eh bien! qu'ont-ils fait dans ce petit milieu organique doué d'une si grande aptitude à concevoir l'action chancreuse et à en manifester immédiatement les effets?

L'ont-ils, à brève échéance, enflammé spécifiquement? Non. Ils sont restés inertes et inoffensifs, eux doués d'une énergie contagieuse si pénétrante et si prompte dans ses effets! Et ce ne serait que trois semaines au moins après avoir pénétré dans le ganglion qu'ils se seraient mis à l'œuvre et l'auraient converti en bubon chancrelleux!

Mais, me répondra-t-on, le pus virulent ne parcourt-il pas presque toujours les lymphatiques, sans y susciter une inflammation chancreuse? Oui; mais, s'il n'est pas emporté par la vitesse du courant, s'il s'arrête et séjourne dans un repli de valvule, est-ce qu'il n'y fait pas naître un abcès chancreux?

Et puis, si vous admettez que le pus virulent peut rester plus de trois semaines dans un ganglion lymphatique, sans l'altérer en rien, où vous arrêterez-vous? Quel délai ne lui accorderez-vous pas? Je ne vois aucune raison qui vous empêche de supposer que cette innocuité momentanée, au lieu de durer trois semaines, peut se prolonger pendant plusieurs mois, et vous êtes ainsi fatalement conduits à conclure que l'*incubation du bubon d'emblée peut être indéfinie.*

Je crois, au contraire, qu'elle devrait être très-courte, comme celle du chancre lui-même, et que si un bubon se produisait par le mécanisme de l'absorption du pus virulent, sans chancrelle préalable, l'action morbide commencerait aussitôt après la contamination et que ses effets se manifesteraient à la fin ou avant la fin du premier septénaire.

La brièveté de l'incubation me paraissant être une condition

essentielle du bubon d'emblée, je ne puis pas regarder le fait de M. Mollière comme un exemple probant de cette affection.

II

Le fait de bubon d'emblée, publié en 1873 par M. Diday dans les *Annales de Dermatologie*, ne m'a pas non plus convaincu. Le savant médecin de Lyon ne l'a observé du reste que dans les premiers jours de son processus, et il s'en est rapporté pour les dernières phases au récit du malade.

Celui-ci, âgé de trente-huit ans, avait eu trois ans auparavant une syphilis dont M. le docteur Clerc l'avait traité et guéri. Le 15 novembre 1872 il lui survint, à la suite de rapports fréquents avec différentes femmes, un engorgement ganglionnaire dans l'aine droite, peu douloureux à la pression, presque sans adhérence au tégument, lequel n'avait pas changé de couleur.

Le 25 novembre (dixième jour de l'affection inguinale), M. Diday, que le malade était allé consulter, ne trouva aucun ulcère dans les diverses régions dont le système absorbant aboutit aux ganglions inguinaux. Il fut frappé par le désaccord qui existait entre l'évolution et la bénignité du mal d'une part, et, d'autre part, l'intensité de quelques phénomènes réactionnels, tels que fièvre, sueurs survenant depuis peu, principalement le soir.

Jusqu'au 13 décembre (trentième jour de l'affection inguinale), l'état local persista avec les mêmes caractères, en s'aggravant toutefois, plutôt qu'en diminuant. La peau était devenue un peu adhérente, la marche légèrement douloureuse; l'état général s'était amélioré, et le sujet continuait ses occupations assez actives.

A la suite de voyages, de fatigues, d'absence de soins, le bubon finit par s'enflammer après avoir augmenté de volume; et, un médecin l'ayant ouvert à la fin de décembre, il en sortit une certaine quantité de matière purulente.

Dix jours après l'incision du bubon, le malade, étant à Paris, alla consulter M. Clerc, qui, après avoir examiné l'engorgement, dit que c'était un bubon chancreux. L'ulcération se creusa, s'agrandit, et le malade entra dans le service de Demarquay à la maison de santé. On fit plusieurs cautérisations; la guérison eut lieu au bout de six semaines.

M. Diday, qui avait perdu cet homme de vue depuis le 13 décembre 1872, ne le revit que le 8 mai 1873 : il existait dans l'aine une grande cicatrice, et on en voyait une autre à six centimètres au-dessous sur la face antérieure de la cuisse. Elle provenait d'un bouton que M. Demarquay avait regardé comme un chancre d'inoculation.

Tel est le fait. Mon premier argument contre l'existence d'un bubon d'emblée chez ce malade portera sur la longueur et la bénignité du processus. Je ne pense pas que jamais un bubon chancreux ait mis quarante-cinq jours avant d'arriver à la suppuration. Le propre de cette adénite, c'est au contraire de s'enflammer très-vite et de former du pus avec une rapidité surprenante. J'ai l'habitude de ponctionner profondément, et avec un bistouri à lame étroite, ces adénites chancreuses presque dès leur apparition. Eh bien, en les pressant très-fortement, on en fait déjà sortir quelques gouttes de pus.

C'est là un des caractères les plus remarquables du bubon chancreux. Dès le début, il s'y forme du pus; dès le début, la peau adhère au ganglion et s'enflamme; la tumeur devient douloureuse et elle se convertit rapidement en une poche remplie de pus et fluctuante dans toute son étendue (1).

Rien de semblable ne s'est produit chez le malade de M. Diday. Le processus a été, au contraire, excessivement bénin et lent, puisque la peau n'a adhéré qu'au bout d'un mois, qu'il n'y avait pas encore de pus, et que c'est seulement quinze jours après, le malade n'étant plus soigné par M. Diday, que le foyer s'est formé et qu'on l'a ouvert.

Du reste, pour apprécier la durée du processus adéno-chancrelleux, je pourrai invoquer le témoignage de M. Diday lui-même. Dans son excellent livre sur le traitement des maladies vénériennes, cet éminent médecin dit de la manière la plus formelle que la durée de ce processus ne dépasse guère deux septénaires : « Il est rare, écrit-il, pour employer le langage des malades, que depuis qu'on s'est *senti une glande*, jusqu'à ce que le *poulain* soit mûr, il se soit écoulé beaucoup plus de quinze jours (p. 202). »

Mon second argument repose sur l'absence de l'inoculation. Sans doute, il s'était formé une ulcération qui ressemblait à une ulcé-

(1) Je sais qu'il y a quelques exceptions à cette règle, mais je n'ai jamais vu de processus d'une pareille lenteur dans le bubon virulent.

ration chancreuse, et il fallait qu'elle lui ressemblât beaucoup puisqu'elle a été jugée telle par deux observateurs aussi habiles que MM. Clerc et Demarquay. Mais n'ai-je pas démontré dans la première partie de ce travail que les productions gommeuses ramollies de l'aine pouvaient donner lieu à des ulcérations si exactement semblables aux bubons devenus chancreux qu'on ne pouvait établir le diagnostic qu'en pratiquant l'inoculation ?

Dans un fait anomal comme celui-ci, par le mode d'invasion de la lésion, par ses allures bénignes, son processus lent, il était indispensable d'inoculer les produits morbides.

Et qu'on veuille bien ne pas oublier que le malade était syphilitique depuis trois ans!

En rapprochant toutes ces circonstances, je suis conduit à penser qu'il s'agissait là, comme chez les malades dont j'ai raconté l'histoire précédemment, d'une production gommeuse de l'aine devenue ulcéreuse. La petite pustule, située au-dessous, n'était point une pustule d'inoculation, mais une ulcération syphilitique satellite de l'autre, ainsi que mon premier malade en a offert un exemple.

Telles sont les raisons qui m'empêchent d'admettre l'observation de M. Diday comme un exemple du bubon d'emblée.

III

Parmi les huit cas de cette affection, relatés dans le premier volume de Beaumès (de Lyon) sur les *Maladies vénériennes*, il n'y en a que deux qui méritent d'être analysés et critiqués : le sixième et le huitième (p. 40-44).

Voici ces faits :

1. Deux jeunes gens vinrent consulter l'auteur cinq jours après avoir eu commerce, l'un après l'autre, avec la même femme. L'un d'eux avait déjà deux chancres commençant vers l'orifice du prépuce ; l'autre ne présentait qu'un léger engorgement ganglionnaire inguinal du côté droit.

Trois jours après, le ganglion superficiel était devenu douloureux et enflammé, et le malade entrait à l'Antiquaille le 29 mars, dix-neuf jours après le coït. La tumeur avait alors le volume d'un œuf de pigeon ; elle était enflammée, non mobile, avec engorgement du tissu cellulaire environnant, mais sans apparence de suppuration encore.

Malgré une saignée, des sangsues, des émollients, le repos, le bubon marcha vers la suppuration.

Il fut ouvert le 21 avril (quarante-deux jours après le coït). Le lendemain, une piqûre d'inoculation fut pratiquée à la cuisse avec le pus profond; il se forma un chancre parfaitement caractérisé. L'ouverture du bubon prit aussi l'aspect chancreux.

Il manque évidemment à cette observation, qui se présente bien au premier abord, beaucoup de détails importants; elle est fort incomplète. Comment Beaumès n'en a-t-il pas mieux tiré parti? A-t-il examiné toutes les régions d'où naissent les lymphatiques qui se rendent aux aines? Il se contente de nous dire : « Après une inspection bien attentive, je ne découvris rien qu'un léger engorgement ganglionnaire du côté droit. » Quant aux antécédents de cet individu, il n'en est pas question. L'histoire de son intéressant camarade, au chancre du méat, est aussi passée sous silence. Sans croire comme Sarrhos qu'il s'agissait là de deux pédérastes, je suis persuadé qu'il eût été indispensable d'examiner avec le plus grand soin l'anus du patient.

Là, du moins, l'incubation n'est pas de longue durée, puisqu'au bout de cinq jours l'engorgement ganglionnaire est déjà sensible, et qu'au bout de huit il y a de l'inflammation et de la douleur.

Cette entrée en scène de l'adénite est correcte. Mais voici que l'évolution ultérieure vient nous dérouter par sa lenteur. Au bout de dix-neuf jours, il n'y avait pas encore apparence de suppuration. Il fallut quarante-quatre jours pour que l'abcès se formât. Est-ce ainsi que se passent les choses dans un bubon virulent ordinaire? Je n'en connais pas pour ma part qui ait abouti aussi tardivement à la purulence.

L'inoculation a donné un résultat positif; c'est très-bien. Mais je trouve dans toute cette histoire tant d'obscurité que je ne puis pas l'admettre, ainsi que le fait M. Diday, comme un exemple de bubon d'emblée. Elle ne réunit pas les conditions d'exactitude et de précision clinique qu'on est en droit d'exiger toujours, mais surtout quand on est en présence d'un phénomène aussi exceptionnel, aussi extraordinaire que le bubon d'emblée.

2. Un jeune homme de dix-neuf ans entra dans le service de M. Beaumès, à l'Antiquaille, pour se faire soigner d'une blennorrhagie, dont il fut guéri au bout de trois semaines. Une fois sorti,

il fit des excès, et il lui revint un suintement dont il n'était pas encore guéri, quand il eut des rapports avec une fille publique. L'écoulement devint plus abondant, et, cinq ou six jours après la contamination, un ganglion du pli de l'aine du côté droit s'engorgea et devint douloureux. Cette glande s'accrut rapidement, devint un bubon qui s'enflamma, passa à la suppuration et s'ouvrit de lui-même.

Le processus, comme on le voit, est bien conforme à celui du bubon virulent. Malheureusement, l'auteur ne donne pas de dates qui permettent de juger combien il s'est écoulé de jours entre l'apparition de l'adénite et son ouverture spontanée.

Quant à l'incubation, elle n'a été que de cinq ou six jours.

Continuons le récit. Le malade s'était, paraît-il, attentivement et continuellement examiné le gland, le prépuce, le canal, toute la surface des parties génitales, et il n'avait absolument rien aperçu. Il n'est question ni de l'anus, ni des autres régions contiguës aux organes génitaux.

L'ouverture du bubon avait l'aspect chancreux. Deux piqûres d'inoculation furent faites à la cuisse avec le pus du bubon; elles produisirent deux pustules caractéristiques et deux chancres qui devinrent larges comme deux pièces de dix sols, etc., etc.

Il est à regretter que cette observation soit si écourtée et qu'elle manque de détails relativement à la recherche du chancre. On explora bien les organes génitaux et le canal, on constata que le suintement n'existait plus, qu'il n'y avait dans l'urèthre aucun engorgement dur et douloureux, que la sonde y entrait très-facilement et n'y reconnaissait rien de morbide; mais on reste muet sur les autres points. Quoi qu'il en soit, et malgré tout ce qu'elle offre de défectueux, cette observation serait peut-être la plus satisfaisante de celles que nous avons discutées à cause de la brièveté de l'incubation et de la rapidité du processus purulent. Mais hâtons-nous de dire qu'elle est fort loin de dissiper tous les doutes et d'entraîner la conviction.

Quant aux observations de bubon d'emblée rapportées par M. Gibert, dans son *Traité des maladies de la peau* (vol. II, p. 474-75), elles sont encore plus incomplètes et plus insuffisantes que les précédentes. D'abord, il s'agit de femmes. Or, chez les femmes, les chancres échappent beaucoup plus facilement à l'investigation que chez l'homme. Les bubons y sont aussi beaucoup plus rares. Ne serait-il pas, dès lors, étrange que le bubon d'emblée se ren-

contrât chez elles aussi souvent que le laisse entendre l'ancien médecin de l'hôpital Saint-Louis? Le manque de précision, d'exactitude et de contrôle ne nous offrant pas les garanties voulues, nous nous abstiendrons de discuter ces faits dans le détail, bien que les partisans de l'affection qui nous occupe leur attribuent quelque valeur.

SECTION II

Conditions que devrait réunir une adénite virulente pour être qualifiée de bubon d'emblée chancrelleux.

Quelles sont donc les conditions que devrait réunir le bubon d'emblée pour convaincre tous les esprits? Que devrait être un bubon d'emblée idéal, celui qu'on cherche depuis si longtemps sans le pouvoir trouver et dont on n'a pu nous donner jusqu'ici que des spécimens inadmissibles?

I

Supposez qu'un homme exempt actuellement de toute maladie vénérienne, et n'en ayant pas eu depuis longtemps, cohabite avec une femme atteinte de chancres simples. Des médecins compétents l'examinent, à partir de la contamination, avec le soin le plus scrupuleux; non-seulement ses organes génitaux, mais encore l'anus, le périnée, la région sous-ombilicale de l'abdomen, tout le territoire en un mot où naissent les lymphatiques afférents de l'aine, sont explorés fréquemment. On n'y découvre aucune lésion, pas la moindre écorchure, pas la plus légère érosion. Le canal de l'urèthre reste intact.

Cependant, vers le cinquième ou le sixième jour de la contamination, cet homme commence à éprouver dans l'une des deux aines un peu de gêne et de malaise. On tâte les ganglions, l'un d'eux est engorgé et un peu sensible à la pression, libre et mobile dans sa gangue intacte de tissu cellulaire.

Le lendemain, ces symptômes ont augmenté; la douleur a fait place au malaise et à la gêne. La petite tumeur est devenue plus volumineuse, plus sensible et plus dure; elle a un peu perdu de sa

mobilité, et ses contours s'effacent dans un empâtement qui commence à se faire autour d'elle.

Le troisième, le quatrième, le cinquième jour, cet ensemble symptomatique s'accentue d'une façon progressive. La peau, jusque-là libre de toute adhérence avec le ganglion, s'unit à lui par l'intermédiaire de l'empâtement périphérique. L'adénite commence à devenir rouge. La tumeur est encore dure, mais sa consistance n'est plus la même, elle devient œdémateuse. Sa forme est ovoïde dans le sens du pli inguinal; elle fait une saillie dont les contours se confondent avec les parties voisines, légèrement empâtées elles aussi.

Plus tard (septième, huitième, neuvième jour (1), le pus dont l'existence n'était pas douteuse, bien qu'il n'y eût pas encore de fluctuation, le pus, jusque-là enfermé dans la coque du ganglion et dans les mailles du tissu cellulaire sous-cutané, se collecte et forme en très-peu de temps une poche liquide plus ou moins grande, sur toute la surface de laquelle on sent distinctement la fluctuation depuis sa base jusqu'à son point le plus culminant. La peau s'est remarquablement amincie et est devenue d'un rouge foncé; elle semble flétrie à sa surface, usée en dessous et prête à s'ouvrir pour laisser échapper son contenu.

On prend un bistouri d'une propreté irréprochable, on ouvre cet abcès; il en sort un énorme flot de pus épais, rongeâtre ou couleur de chocolat, un peu sanieux, dont l'abondance est bien supérieure en général à ce que faisait prévoir l'étendue apparente de la collection.

Ce pus est inoculé avec toutes les précautions voulues, en se servant d'épingles ou de lancettes lavées à l'alcool; on recouvre les piqûres avec un verre de montre.

Vingt-quatre heures après cette opération, on constate sur les points inoculés une petite élevure rouge avec un point blanc imperceptible à son sommet. Les bords de l'ouverture du bubon sont rouges, boursouflés et très-douloureux. De la profonde cavité de l'abcès il s'échappe des flots de pus sanieux.

Au bout de quarante-huit heures, ils deviennent grisâtres, fongueux et un peu déchiquetés. La petite papule d'inoculation est devenue vésiculeuse à son sommet.

Le troisième et le quatrième jour, il devient d'une évidence ab-

(1) Dans quelques cas, qui sont exceptionnels, les symptômes du bubon virulent sont un peu moins aigus et sa marche est plus lente.

solue que le bubon est chancreux et que l'inoculation a donné lieu à un chancre.

II

Voilà, ou à peu de chose près, ce que devrait être une observation de bubon d'emblée pour être concluante et vaincre l'opposition des esprits les plus réfractaires.

Trois conditions surtout me paraissent essentielles : la première, c'est un examen sévère et répété de tout le territoire lymphatique. Il est indispensable qu'aucune arrière-pensée ne puisse se faire jour et laisser planer l'ombre d'un doute sur l'intégrité parfaite, absolue, de tous les points où naissent et que parcourent les vaisseaux lymphatiques des ganglions inguinaux.

La seconde condition est relative à l'incubation. On m'objectera peut-être que nous ne connaissons pas d'une manière positive l'incubation du bubon d'emblée, et qu'en se fondant sur l'époque où il apparaît pendant toute la durée du chancre mou, la latitude la plus grande est permise à toutes les hypothèses. Il est vrai que l'intervalle entre le début d'un chancre simple et l'apparition de l'adénite virulente est extrêmement variable; mais ce n'est pas ainsi qu'il faut entendre l'incubation du bubon. Elle ne doit compter qu'à partir du moment où le pus virulent pénètre dans les lymphatiques. Ce moment nous échappe presque toujours. Aucun phénomène ne l'indique d'une façon positive. Celui qui a le plus de valeur à cet égard, c'est l'hémorrhagie suite de déchirures dans l'ulcération chancreuse; on l'observe souvent dans les chancrelles du frein et du limbe, et ce sont ces chancrelles, surtout celles du frein, qui se compliquent le plus fréquemment d'adénites virulentes. Or, quand ce petit traumatisme ouvre la porte à l'inoculation ganglionnaire en déchirant les lymphatiques, si l'adénite doit se produire, ce qui n'a pas toujours lieu, elle ne tarde guère à apparaître.

Mais je reconnais que nous n'avons encore que des données cliniques très-incertaines sur l'incubation de l'adénite chancreuse, et malheureusement ce point obscur de l'histoire des chancres simples n'a pas été encore soumis à l'expérimentation. Est-ce une raison pour ne pas la déterminer approximativement? Ne devons-nous pas nous fonder sur ce qui a lieu dans d'autres tissus

lorsqu'on y dépose le pus chancrelleux? Immédiatement le travail morbide commence, et, si ses effets sont obscurs pendant trois ou quatre jours, au bout de ce délai ils deviennent de la dernière évidence. Pourquoi les choses se passeraient-elles autrement quand c'est un ganglion lymphatique qui est inoculé?

Dans le bubon d'emblée, l'incubation ne devrait donc pas dépasser huit ou dix heures au plus, et c'est peut-être là une trop large mesure, mais je tiens compte des circonstances qui peuvent s'opposer à ce que le pus virulent se mette, dans les premières heures qui suivent la contamination, en contact direct et intime avec le ganglion.

La troisième condition est celle du processus. Il faut que l'inflammation du bubon d'emblée, comme celle du bubon virulent consécutif au chancre, parcoure très-rapidement ses périodes, qu'en un ou deux septénaires elle aboutisse à cette purulence dans toute la masse de la tumeur ganglionnaire, qui est si caractéristique ; qu'elle se comporte enfin dans sa marche, sa durée et sa terminaison, exactement comme si elle s'était développée selon son mode habituel. Comment voudriez-vous admettre qu'un bubon qui a mis six semaines, deux mois à évoluer, fût un bubon primitivement virulent? S'il devient chancreux, n'est-on pas en droit de supposer que c'est parce qu'il a été inoculé après coup, soit par l'instrument qui l'a ouvert, soit par les linges qui ont servi à le panser?

Quant à l'inoculation, c'est une condition si indispensable pour le diagnostic qu'il me paraît inutile d'en faire ressortir l'importance. Je n'ai voulu m'occuper ici que des conditions d'étiologie, d'incubation et de processus, qui constituent les trois bases pathologiques sans lesquelles l'existence du bubon d'emblée chancrelleux restera toujours problématique.

III

Si nous quittons maintenant le point de vue clinique pour nous placer sur le terrain de la physiologie, nous trouverons contre l'adénite virulente d'emblée des arguments qu'on n'a point encore réfutés. Comment les globules purulents pourraient-ils traverser la couche épithéliale qui recouvre le gland, le prépuce et l'anus, et à plus forte raison l'épiderme cutané? Évidemment, ce n'est

pas par absorption qu'ils arriveront jusqu'au réseau le plus superficiel des lymphatiques. Par quel mécanisme traverseront-ils les parois de ces vaisseaux? Ceux-ci ne se terminent point par des bouches béantes à la surface des organes génitaux. Une pareille disposition n'a été constatée que dans les sérenses. Nous devons cette découverte aux belles recherches de von Recklinghausen, qui a démontré le premier que les vaisseaux lymphatiques du centre tendineux du diaphragme, chez le lapin, s'ouvrent directement dans la cavité péritonéale, et que ces lymphatiques, environ deux fois plus larges que les globules rouges, se laissent traverser pendant la vie et immédiatement après la mort, non-seulement par des liquides, mais encore par des particules figurées, telles que les globules du lait, des cellules sanguines, des grains de cinabre, etc. Si de pareils stomates existaient sur les parties externes de la génération, l'infection des ganglions inguinaux, soit par le pus chancreux, soit par le virus syphilitique, pourrait, en effet, avoir lieu directement et sans l'intermédiaire obligé du chancre simple et du chancre syphilitique. Mais il n'en est pas ainsi.

Il faut donc qu'il y ait effraction, déchirure, destruction des couches superposées aux vaisseaux lymphatiques, et de ces lymphatiques eux-mêmes. Mais comment se fait-il alors que le pus virulent traverse ces tissus dénudés, érodés ou déchirés, sans les inoculer et produire sur place un chancre mou avant de pénétrer dans les voies lymphatiques?

Et remarquez que cette pénétration, même quand on cherche à la produire artificiellement, n'est pas chose facile. MM. Jullien et Mollière, ayant déposé du pus chancreux sur la face antérieure de la cuisse, ont essayé, par des frictions avec le doigt, exercées pendant un certain temps, de mettre ce pus en rapport, aussi intime que possible, avec les éléments de la peau. Ils sont allés jusqu'à user les couches superficielles de l'épiderme, jusqu'à épiler la surface cutanée, sans parvenir une seule fois à faire naître la pustule chancreuse. Ce procédé expérimental n'a pas mieux réussi pour forcer les cellules de pus à s'insinuer dans les réseaux lymphatiques, puisqu'il n'est point survenu de bubon d'emblée.

Si ces vaisseaux étaient aussi perméables que le supposent les théories sur lesquelles repose la doctrine du bubon d'emblée virulent, pourquoi l'adénite chancreuse ne compliquerait-elle pas toujours la balano-posthite avec phimosis, symptomatique des chancres mous sous-préputiaux? Dans cette affection, en effet, la muqueuse

glando-préputiale est baignée et comme macérée par le pus qui se trouve avec elle dans un contact incessant; presque toujours elle est dépouillée d'une partie de son épithélium. Les particules virulentes touchent presque sans intermédiaire les réseaux lymphatiques superficiels. Toutes les conditions les plus favorables à leur envahissement direct, et sans l'intermédiaire des chancres, se trouvent réunies, et pourtant l'inoculation ganglionnaire est peut-être moins fréquente dans cette affection que dans les petits chancres du filet et du limbe. N'est-ce pas là une preuve que la pénétration des cellules du pus ne peut se faire que lorsqu'il y a solution de continuité, par déchirure ou ulcération, de la paroi des vaisseaux lymphatiques?

On comprendrait moins difficilement l'infection ganglionnaire directe par l'absorption du virus syphilitique, parce que la sécrétion du chancre et des autres lésions contagieuses de la syphilis contient infiniment moins de particules figurées que le pus du chancre simple. Eh bien, là encore le bubon d'emblée spécifique ne se produit pas. Il a toujours le chancre infectant pour antécédent obligé. Et c'est un fait si solidement établi aujourd'hui que je n'ai pas voulu parler jusqu'à présent de cette variété du bubon d'emblée quoiqu'elle soit encore admise par quelques pathologistes. C'est une question jugée et sur laquelle il n'y a pas à revenir. Je pense qu'on trouvera comme moi que celle du bubon d'emblée chancrelleux l'est également, dans le même sens, et que son existence doit être rejetée.

IV

Je pose donc les conclusions suivantes :

1° Parmi les rares observations de bubon d'emblée chancrelleux, aucune n'est complète et inattaquable.

2° Dans toutes il manque au moins l'une des conditions indispensables pour qu'on puisse admettre l'existence de cette espèce d'adénite virulente.

3° Ces conditions étiologiques et pathologiques sont : *a.* l'intégrité, dûment constatée avant et après la contamination et jusqu'à l'apparition de l'adénite, des organes génitaux et de tout le territoire dont les vaisseaux lymphatiques se rendent aux ganglions inguinaux; — *b.* la brièveté de l'incubation; — *c.* la rapidité du

processus ; et enfin, comme critérium expérimental, l'inoculation.

4° Aucune donnée physiologique, aucune disposition anatomique ne permettent de croire que les cellules du pus chancrelleux puissent pénétrer directement et sans effraction dans le réseau des lymphatiques.

5° Du moment que le pus pénètre par une solution de continuité dans les lymphatiques, il est impossible qu'il ne la convertisse pas en chancre.

6° Le bubon d'emblée chancrelleux et le bubon d'emblée syphilitique ne doivent pas être admis.

APPENDICE

Je me réservais de consacrer un chapitre à part au travail que M. le professeur Profeta (de Palerme) a publié, en 1876, sur le bubon d'emblée. Je n'en connaissais qu'imparfaitement les principales parties, lorsque j'ai écrit mon mémoire. Je savais pourtant que l'auteur conclnait à l'existence du bubon et même de la syphilis d'emblée. Une autorité aussi considérable que celle de l'éminent syphiligraphe de la Sicile était bien de nature à ébranler d'avance mes convictions *à priori* sur ce sujet, si j'en avais eu. Je me serais laissé convaincre d'autant plus facilement que j'avais abordé cette étude sans aucun parti pris et avec le seul désir d'arriver à la certitude, en partant de ce doute méthodique qui est obligatoire dans les questions litigieuses.

M. le docteur Profeta a eu l'obligeance de m'envoyer son mémoire, intitulé : *Bubbone ulceroso e sifilide di assalto*. Je l'ai étudié avec le plus grand soin; j'en vais exposer l'analyse et en faire la critique. Laissons de côté la question de la syphilis d'emblée; ne nous occupons que du bubon chancrelleux.

M. Profeta en rapporte deux cas où l'on n'a pas découvert de chancre préalable. Je les traduis textuellement :

« *Premier cas.* — Dix jours après avoir eu de nombreux rapports avec une prostituée de bas étage, un paysan âgé de trente-deux ans vit se développer dans l'aine gauche un bubon qui arriva peu à peu à suppuration. Le malade fut observé minutieusement trois fois et on ne lui trouva aucune lésion. Il n'en existait pas non plus la moindre trace quand, le 10 mai 1872, j'examinai avec tout le

soin possible le gland, la muqueuse du prépuce, la peau de la verge et du scrotum, celle de la face interne des cuisses, du périnée, sans oublier la fosse naviculaire qui fut explorée avec une sonde et l'anus avec un spéculum. Le caractère soupçonneux de ce paysan était tel que, préoccupé de notre minutieux examen, il voulut partir après vingt-quatre heures ; mais, fidèle à sa promesse de revenir, nous le revîmes à la consultation du 24 mai. Nous ne pûmes qu'aspirer avec une seringue de Pravaz, plongée dans l'abcès, du pus couleur chocolat, et nous perdîmes de vue ce malade. Son pus fut inoculé sur un sujet syphilitique, et il en résulta une ulcération dont le pus inoculé à son tour donna lieu à une seconde ulcération, et cette dernière à une troisième. Toutes les ulcérations ainsi formées prirent les caractères de l'ulcère non infectant et furent de longue durée. De semblables inoculations faites sur les mêmes sujets avec le pus d'un phlegmon ordinaire donnèrent des résultats négatifs. »

Eh bien! ce cas est-il convaincant? Non, parce qu'il est incomplet. Nous ne savons pas, en effet, combien de temps après le début du bubon le malade a été examiné par les médecins et par M. Profeta. C'est pourtant là un fait essentiel, car il pourrait fort bien se faire, si ce laps de temps était long, que le chancre, inaperçu du malade, eût eu le temps de disparaître. Quant à la période d'incubation, elle est correcte, et il n'y a rien à dire sur la nature du bubon, qui était évidemment chancrelleux. Mais la non-existence d'un chancre est loin d'être prouvée.

« *Deuxième cas.* — En décembre 1874, il se présenta chez moi L. M.., étudiant palermitain, âgé de quatorze ans, qui marchait difficilement à cause des souffrances que lui occasionnait à l'aine droite un gros bubon sur le point de s'ouvrir. Ce garçon me déclara que sa maladie était vénérienne, bien que ni lui ni moi ne fussions parvenus à découvrir la plus légère lésion, quoique nous eussions exploré à plusieurs reprises ses parties génitales et l'anus. Il fondait sa manière de voir sur ce que ses douleurs dans l'aine avaient débuté cinq jours après des rapports répétés plusieurs fois, en quelques quarts d'heure, avec une fille publique, et sur cet autre fait que deux de ses amis, qui avaient eu des rapports le même soir avec la même femme et qui étaient venus avec lui se faire visiter, avaient été affectés d'ulcères non infectants. Au moyen d'un bistouri qui n'avait pas encore servi, je donnai issue

à une grande quantité de pus jaune et mêlé de lambeaux de tissu connectif mortifié, et je congédiai cet infortuné jeune homme, après avoir montré la manière de panser la plaie à un de ses compagnons de malheur qui manifestait de bonnes dispositions pour la chirurgie. Grande fut ma surprise quand, vingt-cinq jours après l'ouverture, mon client de quatorze ans revint chez moi avec une grande cavité ulcéreuse à la place du bubon, capable de recevoir une petite amande et entourée d'une douzaine au moins d'ulcères non infectants. Je calmai la colère du malade qui accusait mon incision de tout le mal, et je lui demandai si par hasard son jeune ami, qui avait assumé la responsabilité de le panser, n'avait pas déposé par inadvertance sur la plaie un peu du pus de l'ulcère qu'il avait à la verge. Il me répondit négativement ; il s'était pansé lui-même dès le premier jour. »

Ce second cas est assurément, de tous ceux qui ont été publiés, le plus capable de faire croire à la possibilité du bubon d'emblée. L'incubation très-courte, la source de la contagion où deux autres individus avaient puisé des chancres simples non douteux, au même moment que le malade y contractait son bubon, le processus de ce bubon et son caractère manifestement chancrelleux : voilà bien des circonstances qui sont de nature à convaincre, si on remarque, en outre, que le cas a été observé par un médecin de premier mérite et très-versé dans la connaissance des maladies vénériennes. Il manque cependant des détails sur les antécédents de ce précoce garçon. N'avait-il rien eu avant son adénite ? S'était-il exposé à la contagion ? Et puis il n'est pas non plus absolument impossible que l'adénite soit devenue chancrelleuse après coup et par l'inoculation de la plaie.

Mais je laisse de côté ces objections. Prenons le fait tel qu'il est et tel qu'il nous est donné, comme un exemple irréprochable de bubon chancrelleux d'emblée.

Irons-nous jusqu'à dire, avec M. le professeur Profeta, qu'un pareil fait est tout naturel et que « le bubon ulcéreux et la syphilis d'emblée reposent sur la physiologie, l'analogie et la clinique » ?

Mais, si l'absorption du pus de l'ulcère chancrelleux, par la peau et par les muqueuses, sans qu'il en résultât d'abord un chancre, était conforme aux lois physiologiques, pourquoi ne constaterions-nous pas ce fait tous les jours? Au lieu d'être une rareté extraordinaire, c'est par milliers que se compterait le bubon d'emblée. Aucun

raisonnement ne peut prévaloir contre cette réponse que suggère toujours la minorité infinitésimale de cette dernière lésion, si tant est qu'elle existe.

Comme analogie, M. Profeta invoque les inoculations vaccinales qui ont préservé de la variole sans que des boutons se fussent manifestés au point d'inoculation. C'est une analogie qui n'a rien à voir avec la chancrelle et qui vise plutôt la syphilis. Nous n'avons donc pas à nous en occuper ici. Comme analogie plus topique, le savant professeur de Palerme invoque le fait suivant : « Chacun de nous, dit-il, observe tous les jours des boutons ulcéreux et des adénopathies syphilitiques consécutifs à des ulcères, et pourtant les vaisseaux lymphatiques restent intacts quoiqu'ils aient servi de transmission au pus ulcéreux et au virus syphilitique. Si ces deux liquides morbides peuvent traverser impunément toute la longueur d'un vaisseau lymphatique du gland à l'aine, pourquoi prétendre qu'ils ne doivent pas traverser la peau et la muqueuse sans l'ulcérer ? »

Je ne vois pas à quoi conduit cette analogie très-défectueuse. Les vaisseaux lymphatiques deviennent le siège du chancre comme la peau, quand ils sont dépouillés de leur épithélium, ou que le pus séjourne dans les sinus de leurs valvules, au lieu de circuler rapidement dans leur intérieur.

Et à propos de la circulation des principes virulents dans les voies lymphatiques, M. Profeta croit qu'elle est beaucoup moins rapide qu'on ne le pense communément, et qu'il y a des cas, au contraire, qui prouvent son extrême lenteur. Il a vu une fois un bubon ulcéreux se former après la cicatrisation d'un ulcère non infectant. Ce sont là des faits qui nous fourniraient des documents précieux sur quelques points obscurs de l'histoire des chancres mous. M. le professeur Profeta rendrait un vrai service à la science en les publiant.

Comme je l'ai dit dans mon mémoire, nous ne savons pas quelle est l'incubation du bubon, c'est-à-dire combien il peut s'écouler de temps entre la pénétration du pus virulent dans les voies lymphatiques et le début de l'adénite. M. Profeta n'est pas éloigné de croire que ce pus virulent peut séjourner un temps indéfini sans produire aucun résultat. Il nous dit que Puche a vu un bubon ulcéreux se développer *trois ans après la cicatrisation* d'un ulcère non infectant. Il y a là une erreur : dans le fait de M. Puche le chan-

cre n'était point cicatrisé quand est survenue l'adénite ; il durait depuis trois ans et était encore en pleine activité.

Je ne reviendrai pas sur les preuves cliniques dont j'ai longuement parlé précédemment.

Malgré tout l'intérêt que présente le travail de M. Profeta et la valeur que lui donne la haute personnalité scientifique de l'éminent professeur, je maintiens les conclusions par lesquelles j'ai terminé la deuxième partie de mon travail.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 8617.